**Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Performans Gösterge Kartları**

2018

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ventilatör İlişkili Pnömoni Hızı | | | |
| GK: | Yayın Tarihi: | Revizyon Tarihi: | Revizyon No: |

|  |  |
| --- | --- |
| Sözleşme Pozisyonu | Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü |
| Performans Kriteri | Yoğun Bakımlarda Hasta Bakım Kalitesini Sağlamak ve Enfeksiyonları Azaltmak |
| Gösterge Kodu | TT.SBHM.1.1 |
| Gösterge Adı | Ventilatör İlişkili Pnömoni (VİP) Hızı |
| Amacı | Sağlık tesislerinde sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonların değerlendirilmesinde kurumlara yol göstermek, hedeflerini belirlemelerinde yardımcı olmak |
| Hesaplama Parametreleri | İlgili dönemde;  A: Hastanenin İlgili Yoğun Bakım Ünitesinde (YBÜ) Tamamlanmış Son Sürveyans Dönemine Ait VİP Hızı  B: Hastanenin İlgili YBÜ’nde Tamamlanmış Son Sürveyans Döneminden Bir Önceki Sürveyans Dönemine Ait Yıllık VİP Hızı  GO: Grup Ortalaması |
| Hesaplama Formülü | A ≤ GO ve A ≤ B ise GP=3  A ≤ GO ve A > B ise GP=2  A > GO ve A ≤ B ise GP=1  A > GO ve A > B ise GP=0 |
| Gösterge Hedefi | VİP Hızının Grup Ortalamasının ve bir önceki dönem değerinin altında olmasını sağlamak. |
| Gösterge Puanı | 3 |
| Açıklama | Bu gösterge verisi Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü’nce temin edilecektir.  Kurumda mevcut olan her bir 2. ve 3. seviye YBÜ için hesaplama yapılır.  Hesaplama aynı YBÜ ve aynı enfeksiyon türü için birbirini takip eden önceki dönem ve ilgili döneme ait hız verileri ile yapılır.  50 yatak altı sağlık tesisleri ve 1. seviye YBÜ ile tüm yenidoğan YBÜ değerlendirme dışı bırakılır. |
| Veri Kaynağı | Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı (İNFLİNE), Bakanlık İlgili Veri Kaynakları |
| Veri Toplama Periyodu | 6 Ay ve/veya 1 Yıl |
| Veri Analiz Periyodu | 1 Yıl |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Katater İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyon Hızı | | | |
| GK: | Yayın Tarihi: | Revizyon Tarihi: | Revizyon No: |

|  |  |
| --- | --- |
| Sözleşme Pozisyonu | Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü |
| Performans Kriteri | Yoğun Bakımlarda Hasta Bakım Kalitesini Sağlamak ve Enfeksiyonları Azaltmak |
| Gösterge Kodu | TT.SBHM.1.2 |
| Gösterge Adı | Katater İlişkili Üriner Sistem (ÜSİ-KAT) Enfeksiyon Hızı |
| Amacı | Sağlık tesislerinde sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonların değerlendirilmesinde kurumlara yol göstermek, hedeflerini belirlemelerinde yardımcı olmak |
| Hesaplama Parametreleri | İlgili dönemde;  A: Hastanenin İlgili YBÜ’nde Tamamlanmış Son Sürveyans Dönemine Ait ÜSİ-KAT Hızı  B: Hastanenin İlgili YBÜ’nde Tamamlanmış Son Sürveyans Döneminden Bir Önceki Sürveyans Dönemine Ait Yıllık ÜSİ-KAT Hızı  GO: Grup Ortalaması |
| Hesaplama Formülü | A ≤ GO ve A ≤ B ise GP=3  A ≤ GO ve A > B ise GP=2  A > GO ve A ≤ B ise GP=1  A > GO ve A > B ise GP=0 |
| Gösterge Hedefi | ÜSİ-KAT Enfeksiyon Hızının Grup Ortalamasının ve bir önceki dönem değerinin altında olmasını sağlamak. |
| Gösterge Puanı | 3 |
| Açıklama | Bu gösterge verisi Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü’nce temin edilecektir.  Kurumda mevcut olan her bir 2. ve 3. seviye yoğun bakım üniteleri için hesaplama yapılır.  Hesaplama aynı YBÜ ve aynı enfeksiyon türü için birbirini takip eden önceki dönem ve ilgili döneme ait hız verileri ile yapılır.  50 yatak altı sağlık tesisleri ve 1. seviye YBÜ ile tüm yenidoğan YBÜ değerlendirme dışı bırakılır. |
| Veri Kaynağı | Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı (İNFLİNE), Bakanlık İlgili Veri Kaynakları |
| Veri Toplama Periyodu | 6 Ay ve/veya 1 Yıl |
| Veri Analiz Periyodu | 1 Yıl |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Santral Katater İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyon (SVK-KDE) Hızı | | | |
| GK: | Yayın Tarihi: | Revizyon Tarihi: | Revizyon No: |

|  |  |
| --- | --- |
| Sözleşme Pozisyonu | Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü |
| Performans Kriteri | Yoğun Bakımlarda Hasta Bakım Kalitesini Sağlamak ve Enfeksiyonları Azaltmak |
| Gösterge Kodu | TT.SBHM.1.3 |
| Gösterge Adı | Santral Katater İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyon (SVK-KDE) Hızı |
| Amacı | Sağlık tesislerinde sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonların değerlendirilmesinde kurumlara yol göstermek, hedeflerini belirlemelerinde yardımcı olmak |
| Hesaplama Parametreleri | İlgili dönemde;  A: Hastanenin İlgili YBÜ’nde Tamamlanmış Son Sürveyans Dönemine Ait SVK-KDE Hızı  B: Hastanenin İlgili YBÜ’nde Tamamlanmış Son Sürveyans Döneminden Bir Önceki Sürveyans Dönemine Ait Yıllık SVK-KDE Hızı  GO: Grup Ortalaması |
| Hesaplama Formülü | A ≤ GO ve A ≤ B ise GP=3  A ≤ GO ve A > B ise GP=2  A > GO ve A < B ise GP=1  A > GO ve A > B ise GP=0 |
| Gösterge Hedefi | Santral Katater İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyon (SVK-KDE) Hızının Grup Ortalamasının ve bir önceki dönem değerinin altında olmasını sağlamak. |
| Gösterge Puanı | 3 |
| Açıklama | Bu gösterge verisi Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü’nce temin edilecektir.  Kurumda mevcut olan her bir 2. ve 3. seviye yoğun bakım üniteleri için hesaplama yapılır.  Hesaplama aynı YBÜ ve aynı enfeksiyon türü için birbirini takip eden önceki dönem ve ilgili döneme ait hız verileri ile yapılır.  50 yatak altı sağlık tesisleri ve 1. seviye YBÜ ile tüm yenidoğan YBÜ değerlendirme dışı bırakılır. |
| Veri Kaynağı | Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı (İNFLİNE), Bakanlık İlgili Veri Kaynakları |
| Veri Toplama Periyodu | 6 Ay ve/veya 1 Yıl |
| Veri Analiz Periyodu | 1 Yıl |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ventilatör İlişkili Olay (VİO) Hızı | | | |
| GK: | Yayın Tarihi: | Revizyon Tarihi: | Revizyon No: |

|  |  |
| --- | --- |
| Sözleşme Pozisyonu | Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü |
| Performans Kriteri | Yoğun Bakımlarda Hasta Bakım Kalitesini Sağlamak ve Enfeksiyonları Azaltmak |
| Gösterge Kodu | TT.SBHM.1.4 |
| Gösterge Adı | Ventilatör İlişkili Olay (VİO) Hızı |
| Amacı | Sağlık tesislerinde sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonların değerlendirilmesinde kurumlara yol göstermek, hedeflerini belirlemelerinde yardımcı olmak |
| Hesaplama Parametreleri | İlgili dönemde;  A: Hastanenin İlgili YBÜ’nde Tamamlanmış Son Sürveyans Dönemine Ait VİO Hızı  B: Hastanenin İlgili YBÜ’nde Tamamlanmış Son Sürveyans Döneminden Bir Önceki Sürveyans Dönemine Ait Yıllık VİO Hızı  GO: Grup Ortalaması |
| Hesaplama Formülü | A ≤ GO ve A ≤ B ise GP=3  A ≤ GO ve A > B ise GP=2  A > GO ve A ≤ B ise GP=1  A > GO ve A > B ise GP=0 |
| Gösterge Hedefi | Ventilatör İlişkili Olay (VİO) Hızının Grup Ortalaması ve bir önceki dönem değerinin altında olmasını sağlamak. |
| Gösterge Puanı | 3 |
| Açıklama | Bu gösterge verisi Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü’nce temin edilecektir.  Kurumda mevcut olan her bir 2. ve 3. seviye yoğun bakım üniteleri için hesaplama yapılır.  Hesaplama aynı YBÜ ve aynı enfeksiyon türü için birbirini takip eden önceki dönem ve ilgili döneme ait hız verileri ile yapılır.  50 yatak altı sağlık tesisleri ve 1. seviye YBÜ ile tüm yenidoğan YBÜ değerlendirme dışı bırakılır. |
| Veri Kaynağı | Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı (İNFLİNE), Bakanlık İlgili Veri Kaynakları |
| Veri Toplama Periyodu | 6 Ay ve/veya 1 Yıl |
| Veri Analiz Periyodu | 1 Yıl |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Yoğun Bakım Ünitelerinde Bası Ülseri Görülme Oranı | | | |
| GK: | Yayın Tarihi: | Revizyon Tarihi: | Revizyon No: |

|  |  |
| --- | --- |
| Sözleşme Pozisyonu | Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü |
| Performans Kriteri | Yoğun Bakımlarda Hasta Bakım Kalitesini Sağlamak ve Enfeksiyonları Azaltmak |
| Gösterge Kodu | TT.SBHM.1.5 |
| Gösterge Adı | Yoğun Bakım Ünitelerinde Bası Ülseri Görülme Oranı |
| Amacı | Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalarda bası ülseri gelişimini en az düzeye indirmek |
| Hesaplama Parametreleri | İlgili dönemde yoğun bakım ünitelerinde;  A: Bası Ülseri Gelişen Hasta Sayısı  B: Toplam Yatan Hasta Sayısı  C1: Bası Ülseri Görülme Oranı  C2: Bir Önceki Dönem Bası Ülseri Görülme Oranı  GO: Grup Ortalaması |
| Hesaplama Formülü | C1 = (A/B)\*100  C1 ≤ GO ve C1 ≤ C2 ise GP = 8  C1 ≤ GO ve C1 > C2 ise GP = 4  C1 > GO ve C1 ≤ C2 ise GP = 2  C1 > GO ve C1 > C2 ise GP = 0 |
| Gösterge Hedefi | Yoğun Bakım Ünitelerinde Yatan Hastalarda Bası Ülseri Görülme Oranının Grup Ortalamasının ve önceki dönem değerinin altında olmasını sağlamak |
| Gösterge Puanı | 8 |
| Açıklama | Bu gösterge verisi Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nce temin edilecektir. Hesaplama yapılırken;   * Üniteye yatışında bası ülseri tanısı bulunan hastalar hariç tutulacaktır. * Toplam yatan hasta sayısı, ilgili ayda yatan toplam hasta sayısını ifade eder (bir önceki aydan devreden hasta sayısı da ilave edilecektir). * İlgili aydan önce bası ülseri gelişmiş ve devam etmekte olan hasta, bası ülseri gelişen hasta sayısına (paya) dâhil edilecektir. |
| Veri Kaynağı | SKS (Hasta Bakımı ve Yoğun Bakım Bölümleri) |
| Veri Toplama Periyodu | 6 Ay ve/veya 1 Yıl |
| Veri Analiz Periyodu | 1 Yıl |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sertifikalı (Yetkinlik Belgesi) Çalışan Personel Oranı | | | |
| GK: | Yayın Tarihi: | Revizyon Tarihi: | Revizyon No: |

|  |  |
| --- | --- |
| Sözleşme Pozisyonu | Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü |
| Performans Kriteri | Özellikli Sağlık Hizmeti Sunulan Birimler İçin Yeterli Sayıda Yetkinlik Belgesine Sahip Personel Tahsisinin Sağlanması |
| Gösterge Kodu | TT.SBHM.2.1 |
| Gösterge Adı | Sertifikalı (Yetkinlik Belgesi) Çalışan Personel Oranı |
| Amacı | Sağlık personelinin görev tanımlarına uygun alanlarda çalıştırılmasını sağlamak |
| Hesaplama Parametreleri | İlgili dönemde;  A: Sertifikalı (Yetkinlik Belgesi) Çalışan Personel Sayısı  B: Toplam Sağlık Personel Sayısı (Ebe,Hemşire,Sağlık Memuru)  C: Sertifikalı (Yetkinlik Belgesi) Çalışan Personel Oranı |
| Hesaplama Formülü | C = (A/B)\*100  C ≥ %20 ise GP = 10  %15 ≤ C < %20 ise GP=7  %10 ≤ C < %15 ise GP=4  C < %10 ise GP = 0 |
| Gösterge Hedefi | Sertifikalı (Yetkinlik Belgesi) Çalışan Personel Oranının %20 ve üzerinde olmasını sağlamak. |
| Gösterge Puanı | 10 |
| Açıklama | Bu gösterge verisi Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü’nce temin edilecektir.  Yoğun bakım hemşireliği, acil servis hemşireliği, ameliyathane hemşireliği, palyatif bakım hemşireliği, hemodiyaliz hemşireliği bu dönem için değerlendirilecek olan sertifikalı çalışma alanları olarak belirlenmiştir. |
| Veri Kaynağı | ÇKYS |
| Veri Toplama Periyodu | 6 Ay ve/veya 1 Yıl |
| Veri Analiz Periyodu | 1 Yıl |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sağlık Çalışanları, Hizmet İçi, Uyum, Hasta ve Hasta Yakınlarına Verilen Eğitimlerin Kalite Standartlarını Karşılama Düzeyi | | | |
| GK: | Yayın Tarihi: | Revizyon Tarihi: | Revizyon No: |

|  |  |
| --- | --- |
| Sözleşme Pozisyonu | Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü |
| Performans Kriteri | Sağlık Bakım Hizmetlerinde Eğitim Sürekliliğinin Sağlanması |
| Gösterge Kodu | TT.SBHM.3.1 |
| Gösterge Adı | Sağlık Çalışanları Hizmet İçi, Uyum, Hasta ve Hasta Yakınlarına Verilen Eğitimlerin Kalite Standartlarını Karşılama Düzeyi |
| Amacı | Sağlık tesislerinde sağlık çalışanlarına, hasta, hasta yakınlarına yönelik eğitim ihtiyaçlarının belirlenerek, uygulanması ile sağlık bakım hizmetlerinin kalitesini arttırmak. |
| Hesaplama Parametreleri | İlgili dönemde;  A: Eğitim Yönetimi Bölümü SKS puanı  B: Eğitim Yönetimi Bölümü SKS Tavan puanı  C: Eğitim Yönetimine Ait Verimlilik Değerlendirme Puanı  D: İlgili Bölümlerin Verimlilik Değerlendirme Tavan Puanı  K: EğitimYönetimine Ait İlgili Kriterlerin Karşılanma Düzeyi |
| Hesaplama Formülü | E1= (A/B)\*100 E2 = (C/D)\*100 K = (E1+E2)/2  K ≥ %85 ise GP=10  %80 ≤ K < %85 ise GP=8  %75 ≤ K < %80 ise GP=6  %70 ≤ K < %75 ise GP=4  %65 ≤ K < %70 ise GP=2  K < %65 ise GP=0 |
| Gösterge Hedefi | SKS ve Verimlilik Yerinde Değerlendirmelerinde Eğitim Yönetimine Ait İlgili Kriterlerin Karşılanma Düzeyinin %85 ve üzerinde olmasını sağlamak |
| Gösterge Puanı | 10 |
| Açıklama | Bu gösterge verisi Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü’nce temin edilecektir.  Her iki yerinde değerlendirme (SKS ve Verimlilik) verileri alınamıyor sadece birinden veri alınıyorsa bu veriye göre puanlama yapılır. |
| Veri Kaynağı | Kurumsal Kalite Sistemi, Yerinde Değerlendirme Rapor Sistemi |
| Veri Toplama Periyodu | 6 Ay ve/veya 1 Yıl |
| Veri Analiz Periyodu | 1 Yıl |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Yıllık Hizmet İçi Eğitimlere Katılma Oranı | | | |
| GK: | Yayın Tarihi: | Revizyon Tarihi: | Revizyon No: |

|  |  |
| --- | --- |
| Sözleşme Pozisyonu | Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü |
| Performans Kriteri | Sağlık Bakım Hizmetlerinde Eğitim Sürekliliğinin Sağlanması |
| Gösterge Kodu | TT.SBHM.3.2 |
| Gösterge Adı | Yıllık Hizmet İçi Eğitimlere Katılma Oranı |
| Amacı | Sağlık tesisi personelinin etkin ve verimli çalışmasının sağlanması |
| Hesaplama Parametreleri | İlgili dönemde;  A: Yıllık Hizmet İçi Eğitimlere Katılan Personel Sayısı  B: Toplam Personel Sayısı  C: Yıllık Hizmet İçi Eğitimlere Katılma Oranı |
| Hesaplama Formülü | C = (A/B)\*100  C ≥ %40 ise GP=5  %35 ≤ C < %40 ise GP=3  %30 ≤ C < %35 ise GP=1  C < %30 ise GP=0 |
| Gösterge Hedefi | Yıllık Hizmet İçi Eğitimlere Katılma Oranının %40 ve üzerinde olmasını sağlamak |
| Gösterge Puanı | 5 |
| Açıklama | Bu gösterge verisi Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nce temin edilecektir. |
| Veri Kaynağı | ÇKYS |
| Veri Toplama Periyodu | 1 Yıl |
| Veri Analiz Periyodu | 1 Yıl |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Kliniklerde Hastaların Değerlendirilmesi, Takibi ve Bakımı ile İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranı | | | |
| GK: | Yayın Tarihi: | Revizyon Tarihi: | Revizyon No: |

|  |  |
| --- | --- |
| Sözleşme Pozisyonu | Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü |
| Performans Kriteri | Etkin Hasta Bakım Hizmeti Verilmesini Sağlamak |
| Gösterge Kodu | TT.SBHM.4.1 |
| Gösterge Adı | Kliniklerde Hastaların Değerlendirilmesi, Takibi ve Bakımı ile İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranı |
| Amacı | Hastanın ihtiyacı olan tedavi ve bakımın etkin bir şekilde verilmesi sağlanarak hasta memmuniyetini arttırmak |
| Hesaplama Parametreleri | İlgili dönemde;  A: Kliniklerde Hastaların Değerlendirilmesi, Takibi ve Bakımı ile İlgili SKS Standartlarından Elde Edilen SKS Puanı  B: Kliniklerde Hastaların Değerlendirilmesi, Takibi ve Bakımı ile İlgili SKS Standartlarından Elde Edilen SKS Tavan Puanı  C: Kliniklerde Hastaların Değerlendirilmesi, Takibi ve Bakımına Ait Verimlilik Değerlendirme Puanı  D: İlgili Bölümlerin Verimlilik Değerlendirme Tavan Puanı  K: Kliniklerde Hastaların Değerlendirilmesi, Takibi ve Bakımına Ait İlgili Kriterlerin Karşılanma Düzeyi |
| Hesaplama Formülü | E1= (A/B)\*100 E2 = (C/D)\*100 K=(E1+E2)/2  K ≥ %85 ise GP = 25  %80 ≤ K < %85 ise GP=20  %75 ≤ K < %80 ise GP=15  %70 ≤ K < %75 ise GP=10  %65 ≤ K < %70 ise GP=5  K < %65 ise GP=0 |
| Gösterge Hedefi | Kliniklerde Hastaların Değerlendirilmesi, Takibi ve Bakımına Ait İlgili Kriterlerin Karşılanma Düzeyinin %85 ve üzerinde olmasını sağlamak |
| Gösterge Puanı | 25 |
| Açıklama | Bu gösterge verisi Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü’nce temin edilecektir  Her iki yerinde değerlendirme (SKS ve Verimlilik) verileri alınamıyor sadece birinden veri alınıyorsa bu veriye göre puanlama yapılır. |
| Veri Kaynağı | Kurumsal Kalite Sistemi, Yerinde Değerlendirme Rapor Sistemi |
| Veri Toplama Periyodu | 6 Ay ve/veya 1 Yıl |
| Veri Analiz Periyodu | 1 Yıl |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Hizmetleri ile İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranı | | | |
| GK: | Yayın Tarihi: | Revizyon Tarihi: | Revizyon No: |

|  |  |
| --- | --- |
| Sözleşme Pozisyonu | Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü |
| Performans Kriteri | Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon İşlemlerinin Yapılmasını ve Denetlenmesini Yapmak |
| Gösterge Kodu | TT.SBHM.5.1 |
| Gösterge Adı | Sterilizasyon Hizmetleri ile İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranı |
| Amacı | Sağlık tesislerinde gerçekleştirilen tüm sterilizasyon işlemlerinin etkin ve kaliteli sunulmasının sağlanması |
| Hesaplama Parametreleri | İlgili dönemde;  A: Sterilizasyon Hizmetlerine Ait SKS Puanı  B: Sterilizasyon Hizmetleri Bölümüne Ait SKS Tavan Puanı  C: Sterilizasyon Hizmetlerine Ait Verimlilik Değerlendirme Puanı  D: Sterilizasyon Hizmetleri Verimlilik Değerlendirme Tavan Puanı  K: Sterilizasyon Hizmetlerine Ait İlgili Kriterlerin Karşılanma Düzeyi |
| Hesaplama Formülü | E1 = (A/B)\*100 E2 = (C/D)\*100 K = (E1+E2)/2  K ≥ %85 ise GP = 10  %80 ≤ K < %85 ise GP=8  %75 ≤ K < %80 ise GP=6  %70 ≤ K < %75 ise GP=4  %65 ≤ K < %70 ise GP=2  K < %65 ise GP=0 |
| Gösterge Hedefi | SKS ve Verimlilik Yerinde Değerlendirmelerinde Sterilizasyon Hizmetlerine Ait İlgili Kriterlerin Karşılanma Düzeyinin %85 ve üzerinde olmasını sağlamak |
| Gösterge Puanı | 10 |
| Açıklama | Bu gösterge verisi Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü’nce temin edilecektir  Her iki yerinde değerlendirme (SKS ve Verimlilik) verileri alınamıyor sadece birinden veri alınıyorsa bu veriye göre puanlama yapılır. |
| Veri Kaynağı | Kurumsal Kalite Sistemi, Yerinde Değerlendirme Rapor Sistemi |
| Veri Toplama Periyodu | 6 Ay ve/veya 1 Yıl |
| Veri Analiz Periyodu | 1 Yıl |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Güvenli İlaç Uygulaması ile İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranı | | | |
| GK: | Yayın Tarihi: | Revizyon Tarihi: | Revizyon No: |

|  |  |
| --- | --- |
| Sözleşme Pozisyonu | Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü |
| Performans Kriteri | Güvenli İlaç ve Transfüzyon Uygulamalarını Sağlamak |
| Gösterge Kodu | TT.SBHM.6.1 |
| Gösterge Adı | Güvenli İlaç Uygulaması ile İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranı |
| Amacı | Sağlık tesislerinde hastanın ihtiyacı olan tedavinin etkin ve güvenli bir şekilde verilmesini sağlamak |
| Hesaplama Parametreleri | İlgili dönemde;  A: İlaç Yönetimi Bölümüne Ait SKS Puanı  B: İlaç Yönetimi Bölümü SKS Tavan Puanı  C: Güvenli İlaç Uygulamasına Ait Verimlilik Değerlendirme Puanı  D: İlgili Bölümlerin Verimlilik Değerlendirme Tavan Puanı  K: Sterilize Güvenli İlaç Uygulamasına Ait İlgili Kriterlerin Karşılanma Düzeyi |
| Hesaplama Formülü | E1 = (A/B)\*100 E2 = (C/D)\*100 K = (E1+E2)/2  K ≥ %85 ise GP = 10  %80 ≤ K < %85 ise GP=8  %75 ≤ K < %80 ise GP=6  %70 ≤ K < %75 ise GP=4  %65 ≤ K < %70 ise GP=2  K < %65 ise GP=0 |
| Gösterge Hedefi | SKS ve Verimlilik Yerinde Değerlendirmelerinde Sterilize Güvenli İlaç Uygulamasına Ait İlgili Kriterlerin Karşılanma Düzeyinin %85 ve üzerinde olmasını sağlamak |
| Gösterge Puanı | 10 |
| Açıklama | Bu gösterge verisi Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü’nce temin edilecektir.  Her iki yerinde değerlendirme (SKS ve Verimlilik) verileri alınamıyor sadece birinden veri alınıyorsa bu veriye göre puanlama yapılır. |
| Veri Kaynağı | Kurumsal Kalite Sistemi, Yerinde Değerlendirme Rapor Sistemi |
| Veri Toplama Periyodu | 6 Ay ve/veya 1 Yıl |
| Veri Analiz Periyodu | 1 Yıl |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Güvenli Transfüzyon Uygulaması ile İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranı | | | |
| GK: | Yayın Tarihi: | Revizyon Tarihi: | Revizyon No: |

|  |  |
| --- | --- |
| Sözleşme Pozisyonu | Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü |
| Performans Kriteri | Güvenli İlaç ve Transfüzyon Uygulamalarını Sağlamak |
| Gösterge Kodu | TT.SBHM.6.2 |
| Gösterge Adı | Güvenli Transfüzyon Uygulaması ile İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranı |
| Amacı | Sağlık tesislerinde hastanın ihtiyacı olan tedavinin etkin ve güvenli bir şekilde verilmesini sağlamak |
| Hesaplama Parametreleri | İlgili dönemde;  A: Transfüzyon Hizmetleri Bölümüne Ait SKS Puanı  B: Transfüzyon Hizmetleri Bölümüne Ait SKS Tavan Puanı  C: Güvenli Transfüsyon Uygulaması ile İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranı |
| Hesaplama Formülü | C = (A/B)\*100  C ≥ %85 ise GP=10  %80 ≤ C < %85 ise GP=8  %75 ≤ C < %80 ise GP=6  %70 ≤ C < %75 ise GP=4  %65 ≤ C < %70 ise GP=2  C < %65 ise GP=0 |
| Gösterge Hedefi | SKS’de Güvenli Transfüsyon Uygulaması ile İlgili Standartların Gerçekleştirilme Oranının %85 ve üzerinde olmasını sağlamak |
| Gösterge Puanı | 10 |
| Açıklama | Bu gösterge verisi Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nce temin edilecektir. |
| Veri Kaynağı | Kurumsal Kalite Sistemi |
| Veri Toplama Periyodu | 6 Ay ve/veya 1 Yıl |
| Veri Analiz Periyodu | 1 Yıl |